



TITLE:

## 前立腺肉腫の2例

AUTHOR(S):

進藤, 和彦; 斉藤, 泰

---

CITATION:

進藤, 和彦 ...[et al]. 前立腺肉腫の2例. 泌尿器科紀要 1968, 14(7): 411-418

ISSUE DATE:

1968-07

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/119890>

RIGHT:

## 前立腺肉腫の2例

長崎大学医学部泌尿器科学教室（主任：近藤 厚教授）

進 藤 和 彦  
斉 藤 泰

## PROSTATIC SARCOMA, A REPORT OF TWO CASES

Kazuhiko SHINDO and Yutaka SAITO

*From the Department of Urology, Nagasaki University School of Medicine  
(Chairman : Prof. A. Kondō, M. D.)*

Sarcoma of the prostate is uncommon. Since it was first described by Mogi in 1911, there have been 77 cases reported in Japan.

Two cases of the prostatic sarcomas were presented. One was found in a 58 years old male and the other 28 years old. Both of them complained of dysuria. Histological examination revealed myogenic sarcomas of the prostate.

Discussion was made on 19 cases of sarcoma of the prostate collected from domestic literatures since 1961.

## 緒 言

前立腺肉腫はまれな疾患である。1839年 London の Stafford が5才男子の世界第1例目を報告して以来欧米文献上250例以上が報告されている。本邦においては1911年茂木の38才男子の第1例の報告以後1950年に岩崎<sup>20)</sup>が35例を集めて一覧表にしており、その後1961年に大越ら<sup>19)</sup>が岩崎以後の25例を追加して報告している。われわれは58才と28才の前立腺筋肉腫の2例を経験したので報告するとともに、大越らの報告以後われわれの2例を含め19例を集めて大越らの表に追加を行なった。

## 症 例

## 症例1：N. K., 58才 男子

初診：1964年6月15日

主訴：尿線の狭小化

家族歴：父61才のとき脳溢血で死亡、母78才のとき老衰で死亡、同胞5人で兄70才時脳溢血で死亡、姉2人高血圧、子供6人ともに健在。

既往歴：13才のとき左大腿骨の骨髓炎。37才のとき

左腎結石の自然排出あり。

現病歴：1964年3月中旬より何ら誘因と思われるものなく尿線が細くなり、遷延性排尿および再延性排尿になった。頻尿、残尿感、排尿痛には気がつかない。1964年6月6日午前4時ごろ尿意があり、約100ccの排尿があったが、その後尿閉になり導尿を受け約500ccの排尿を見た。その後も尿線は細く排尿困難は続いた。6月12日ふたたび尿閉が起り導尿を受け、6月15日当科外来に紹介された。当時排尿回数1日10回、排便1日1回、外来で諸検査を受け前立腺肥大症の疑いで6月24日入院。

現症：体格中等度。栄養良好。脈搏80、整、緊張良好。血圧110/70 mmHg、眼結膜に貧血、黄疸なし。頸部および腋窩リンパ節の腫脹なし。胸部は打聴診上異常なし、腹部平坦柔軟で肝脾は触知せず。両側腎下極を触知する。両側鼠径リンパ節大豆大のもの2～3個触知する。陰茎・陰囊内容異常なし。前立腺左葉は腫大し、表面平滑、硬度正常、境界明瞭で上極に軽度の圧痛がある。左葉大さき硬度は正常。

## 各種検査成績

血液所見：赤血球数  $462 \times 10^4$ 、血色素量 12.8g/dl、Ht 37%、白血球数7,500、白血球百分率：分葉核57%、桿状核2%、好酸球4%、単球10%、リンパ球27%。

肝機能検査：BSP 3.0%

血液化学：Na 139 mEq/l, Cl 101.8mEq/l, K 4.6 mEq/l, クレアチニン 1.0mg%, BUN 17mg%, 総蛋白7.8g%.

酸性フォスファターゼ（酸 P-ase）1.0 Bod. 単位.

血清梅毒反応：陰性.

尿所見：淡黄色，混濁なし，酸性，蛋白（-），糖（-），ウロビリノーゲン正常，赤血球 5~6/視野，白血球1/数視野，上皮（-），円柱（-），塩類（-），桿菌（+），尿一般細菌培養陰性.

PSP 試験：15分30%，30分22%，60分18%，120分11%，総計81%.

膀胱鏡検査所見：膀胱鏡挿入時相当の抵抗あり．膀胱容量 100cc. 膀胱粘膜は正常であるが，後壁および三角後窩に肉柱形成をみる．前立腺左葉の腫大により左尿管口部および左頸部は膨隆している．両側尿管口の運動正常．青排泄は右4分，左3分25秒で初発があり，両側とも5分30秒で濃染.

レ線検査：尿道膀胱造影で後部尿道の延長および膀胱頸部に前立腺の圧迫による陰影欠損が見られる（Fig. 1）. 排泄性腎盂造影で両側腎機能正常，腎盂腎杯の形態正常．30分での膀胱造影で膀胱底部の陰影欠損が見られる.

#### 治療および経過

前立腺肥大症の診断で1964年7月7日全身麻酔（GOF）のもとに前立腺摘除術を施行するに前立腺部よりドロドロした組織片が出てきたので，それを組織検査に出したのみで手術を終った．病理組織検査で前立腺筋肉腫の診断を受けたので7月28日膀胱前立腺全摘除術，人工肛門造設術，尿管S字状腸吻合術を施行した．術後経過不良にて術後3日目に死亡した．症状が現われてからの全経過は4カ月半であった.

#### 組織学的所見

好中球，好酸球，リンパ球の浸潤を伴いつつ，硝子化した間質結合組織とともに種々の方向に束状にあるいは渦巻状にうねりながら錯綜する紡錘形細胞の増殖がみられる．それらの細胞は細長いあるいは楕円形の核をもち，また細長く伸びる筋線維をもち核の異型性および核分裂像に富む．また奇異な単核また多核巨細胞も混在する．それらは所どころで出血，壊死あるいは粘液変性をおこし，喰細胞も散見される．残存している前立腺は，萎縮性ないし所によっては増殖性である．これらの所見より，筋原性肉腫，なかんずく，平滑筋肉腫が形態学上考えられる．なお，検索し得た限りでは筋線維に横紋は見だし得なかった（Fig. 2, 3）.

症例2：M. K., 28才 男子

初診：1966年9月5日

主訴：会陰部の不快感および残尿感

家族歴：特記すべきことなし

既往歴：23才のとき左下腹部を打撲し骨盤骨にヒビが入り25日間入院治療を受けた．26才の時副鼻腔炎の手術を受けた.

現病歴：約2年前よりときどき残尿感，排尿終末時尿滴下症状があったが放置していた．1966年8月中旬より会陰部の不快感，残尿感，排尿終末時の滴下状排尿症状が増悪し，また肛門刺激症状があり，しばしば便意をもよおすようになった．排尿回数1日3~4回，排便1日1回．9月5日当科外来に紹介され，慢性前立腺炎および前立腺嚢腫の疑いで入院した.

現症：体格中等度，栄養良．脈搏75，整，緊張良好．血圧 124/60 mmHg. 眼結膜に貧血，黄疸なし．頭部リンパ節の腫脹なし．胸部は打聴診上異常なし．腹部は平坦柔軟で肝，脾，両側腎を触知せず．両側鼠径リンパ節大豆大のもの4~5個触知する．陰茎・陰嚢内容異常なし．前立腺右葉は超クルミ大に腫大し，表面平滑，弾性軟で波動を触知し，境界明瞭，左葉はやや腫大し，表面平滑，硬度正常，境界明瞭で圧痛なし．前立腺右葉の嚢腫を疑って，会陰部より前立腺右葉の穿刺にて約5ccの粘稠血性液を吸出するにクルミ大に腫大していた右葉は縮小した．続いて76%ウログラフィン4cc注入してレントゲン写真をとると，前立腺右葉部に一致して超クルミ大の陰影がある．しかし，1日後にはふたたび前の大きさになった.

#### 各種検査成績

血液所見：赤血球数  $442 \times 10^4$ ，血色素量 14.9g/dl, Ht 34.5%，白血球数 7800，白血球百分率は分葉核32%，好酸球8%，好塩基球1%，単球3%，リンパ球56%.

肝機能検査：黄疸指数 5.3，TTT 0.4，クンケル 3.3，総コレステロール 164 mg%，アルカリ P-ase 0~3 Bod. 単位，酸 P-ase 0.6 Bod. 単位．GOT 24 SF 単位，GPT 25 SF 単位.

血液化学：Na 140.0mEq/l, K 3.8mEq/l, Cl 105.9 mEq/l, P 3.1mg%, BUN 13mg%, クレアチニン 1.4 mg%, 総蛋白 7.3g/dl.

血清梅毒反応：陰性

尿所見：淡黄色，混濁なし，酸性，蛋白（-），糖（-），赤血球（-），白血球（-），上皮（-），円柱（-），塩類（-），細菌（-），結核菌鏡検および培養陰性.

PSP 試験：15分27%，30分19%，60分10%，120分4%，総計60%.

フィッシュバーグ濃縮試験：1035，1033，1032.

アイソトープ・レノグラム：両側腎機能良好。

膀胱鏡検査所見：膀胱粘膜全体に軽度の発赤があり，膀胱三角部から膀胱頸部の4時から8時にかけて前立腺で圧排されたように慢性に膨隆している。両側尿管口は対称性に運動も正常である。青排泄は，右5分45秒，左4分10秒で初発があり，両側ともに6分40秒で濃染した。

レ線検査：IVPで両側腎機能正常。尿道膀胱造影で後部尿道の延長および膀胱頸部に前立腺の腫大による陰影欠損がある（Fig. 4）。精囊腺造影にて右精囊腺は造影されているが，上方に偏位し，左精囊腺内には造影剤の注入が見られず，精管の走行が外上方に偏位し，また造影剤の左射精管よりの排泄も見られない（Fig. 5）。

#### 治療および経過

前立腺腫および前立腺膿瘍の診断で1966年10月6日全身麻酔（GOF）のもとに手術を行なった。

手術所見：下腹部正中切開で恥骨後式に前立腺に達した。前立腺は超手拳大に腫大し，硬度は弾性軟であった。悪性腫瘍を疑い術中組織検査の目的で腫大した前立腺表面の組織を一部取り凍結標本にて組織検査を行なったところ，炎症性変化のみで悪性所見はないとの返事を受け取ったので，前立腺を精囊腺・精管とともに全摘出した。腸骨リンパ節の腫脹は見られなかった。

摘出標本は12×8×5cm，250gで，比較的厚い被膜で覆われており，断面は淡黄灰白色で魚のスリミ様硬度でゾンデを挿入すると抵抗なくズブズブとはいり込み，一見して悪性腫瘍を思わせる標本であった（Fig. 6）。

病理組織検査で前立腺筋肉腫の診断を受けたので，前立腺摘出部に1回250rのCo<sup>60</sup>照射を16回（総計4,000r）行なった。術後1カ月半後の全身骨および胸部のレントゲン撮影では転移を思わせる所見はなかった。術後，膀胱周囲直腸瘻，膀胱皮膚瘻ができ，皮膚瘻，直腸瘻より糞尿が混じており骨盤腔内感染が強まったので，1966年12月27日，複流式人工肛門造設術を施行した。1967年1月より下腹部正中線の手術瘢痕部に腫瘍の転移を思わせる腫瘤が出現したので，その腫瘍に再度1回250rのCo<sup>60</sup>照射を7回（総量1,750r）施行した。同時に1月初旬より衰弱，貧血，鼓腸，腹水が出現し，次第に悪液質状態になり，腹水，鼓腸が強度になって1967年1月30日死亡した。

#### 組織学的所見

紡錘形細胞が束状ないし渦巻状にうねりながら増殖し，また好中球，好酸球，リンパ球等をまじえた間質

の中にも胞巣状または慢性に認められる。それらの細胞の核は，細長いもの，比較的大型の橢円形で明るく数個の核小体を有するもの，小型の円形のもの等種々の形を示し，異型性および核分裂像に富む。胞体も細長い筋線維をもつものと，胞体不明瞭で核だけが目立つものがみられる。それらは壊死巣をまじえ，また多くの場所で浮腫状，粘液変性状である。筋線維に横紋は検出し得なかった。これらの所見は，筋原性肉腫を思わせるものの平滑筋肉腫であるか，横紋筋肉腫であるか断定し難い（Fig. 7, 8）。剖検時，肺・肝・肋膜・両側尿管・腹壁・骨盤内組織に転移が見られた。

#### 考 按

前立腺肉腫はまれな疾患であり，本邦では1911年茂木の骨形成を伴う血管肉腫が最初の報告例である。1950年岩崎<sup>20)</sup>は自験例1例とともに本邦文献35例を集めて報告しており，その後1961年大越ら<sup>19)</sup>が岩崎以後の本邦文献25例を自験例1例とともに報告している。われわれは，大越らの報告以後の本邦文献17例と自験例2例を加えて19例を集め大越らの表に続けることができるようにまとめた（Table 1）。したがって自験例は本邦78，79例目である。

前立腺肉腫の発生頻度は，Melicowら（1943）によれば前立腺悪性腫瘍364例中肉腫は3例で0.82%，またLongley<sup>26)</sup>（1955）によるMayo Clinicの1940～1950の統計によれば前立腺悪性腫瘍1,500例中肉腫は5例0.3%であった。その他多くの報告でも前立腺肉腫の発生頻度は前立腺悪性腫瘍中0.1～0.8%程度である。

発生年齢については，Bettoniの46例，本邦例中発生年齢の明らかなもの72例の報告で50才以下が全体の75%を占めており，前立腺肉腫は前立腺肥大症の発生する年齢以前に多く見られる<sup>23)</sup>。発生年齢における外国例と本邦例の相違についてみると，Bettoni，Melicowらの外国例では10才以下の幼児が30%以上を占めており，20才代が10%以下であり，また50才以上が17%であるのに対して本邦例では10才以下は13.9%と外国例の約半数である。それに対して20才代は16.7%と外国例の2倍近くであり，また50才以上は25.0%と外国例より10%近く多くな

Table 1 本邦症例（61例目から79例目まで）

No.	発表者	発表年	年齢	生存期間	大きさ	硬度	種類	転移, その他	主訴
61	野中 小口 <sup>1)</sup>	1961	41	8カ月	約3倍	弾性軟	平滑筋腫	腹壁転移	排尿困難 排尿痛
62	林 杉山 <sup>2)</sup>	1963	47		超鶏卵大	弾性軟	平滑筋腫		排尿困難 頻尿 排便障害
63	道中 児玉 土肥 <sup>3)</sup>	1964	8 カ月	術後13日目 死亡	11.0×4.5× 4.0cm 100g	弾性軟	横紋筋腫	剖検時 転移なし	尿閉
64	齊藤 <sup>4)</sup>	1964	55	術後5カ月目 再発	超鶏卵大 90g	弾性硬	線維 肉腫	術後5カ月目 小児頭大の 腫瘍の再発	尿閉
65	嶋田 松坂 <sup>5)</sup>	1964	63	5年10カ月後 レ線瘻孔癌 にて死亡	右葉: 5.8×5.7 ×2.3cm 左葉: 不明	弾性軟	紡錘細胞 肉腫		排尿困難
66	高柳 <sup>6)</sup>	1964	71	術後100日目 死亡			単肉腫		排尿困難
67	井川, 和田, 田宮, 安達 <sup>7)</sup>	1965	19	発病後6カ月 目死亡	手拳大 160g	弾性軟	横紋筋腫	死亡時 肺, 縦隔洞に 転移あり	(1カ月来の) 慢性尿閉
68	児玉, 和田, 安達 <sup>8)</sup>	1965	23	発病後8カ月 目生存	超鶏卵大	弾性軟	横紋筋腫	発病後8カ月 他臓器に転移 なし	尿閉, 排尿困難, 尿線細小
69	柏木 <sup>9)</sup>	1965	33	初診後3カ月 目死亡			横紋筋腫	周囲組織への 浸潤強度	排尿困難 便秘
70	嶋田 三浦 <sup>10)</sup>	1965	57	1年6カ月後 生存	上辺部不鮮明な 巨大腫瘍	弾性 やや硬	円形細胞 肉腫		排尿困難
71	蔡, 三宅, 内山 <sup>11)</sup>	1965	69	発病後2年3カ月 術後18日目 死亡	小児頭大 290g	弾性軟	平滑筋腫	転移不明	排尿困難
72	森田, 池田, 疋田, 本間 <sup>12)</sup>	1966	36		強度膨隆	弾性硬	横紋筋腫		急性尿閉
73	大北, 松村, <sup>13,14)</sup> 田中, 高田	1967	11	初診後140日目 発病後6カ月目 死亡	鶏卵大球状	弾性軟	横紋筋腫	肺転移	完全尿閉 排便困難
74	松村, 田中 <sup>13)</sup>	1967	13	初診後163日目 発病後7カ月目 死亡	左下腹部より中央 にかけ超手拳大, 剖検時腫瘍塊 2kg	弾性硬	横紋筋腫	肺転移	完全尿閉 排便困難
75	松田, 福田, <sup>15,16)</sup> 齊藤, 福原	1967	33	約3カ月後 死亡			平滑筋腫	剖検時, 肺, 肝転移	排尿困難 会陰部不快感 血尿
76	松田, 福田, <sup>15,17)</sup> 黒田	1967	38	入院後9カ月 術後6カ月目 死亡			平滑筋腫	剖検時, 肺, 肝転移	排尿困難 尿閉 血尿
77	松田, 福田 <sup>15)</sup>	1967	64	術後1年 腫瘍再発			平滑筋腫		排尿困難 (1年来)
78	著者	1967	58	発病後4カ月半 術後3日目 死亡		弾性軟	筋肉腫		排尿困難 尿線細小
79	著者	1967	28	発病後5カ月半 術後4カ月目 死亡	12×8×5cm 250g	弾性軟	筋肉腫	剖検時, 肺, 肋 膜, 肝, 両側 尿管, 骨盤腔 内, 腹壁転移	排尿困難 会陰部不快感

っている。われわれの症例も58才, 28才と本邦においては比較的多く見られる年齢に発生している (Table 2)。

初発症状は膀胱頸部の通過障害による症状で

排尿困難, 頻尿, 残尿感であり, 特に幼少児では急性尿閉が初発症状であることが少なくない。また直腸方向に浸潤して排便障害を起こしてくる。われわれが集めた19例でもすべて排尿

Table 2 発病年令

年 令	Bettoni (46例)	本 邦 例 (72例)	Melicow et al
0~10才	34.0%	13.9%	30%
11~20才	8.5%	9.7%	
21~30才	9.5%	16.7%	
31~40才	17.0%	20.8%	
41~50才	14.0%	13.9%	
51才以上	17.0%	25.0%	

困難または尿閉を主訴としている。

診断については、直腸内触診で表面平滑で圧痛なく柔軟でゴム風船あるいはゴムまりのごとき感触のある腫瘍を触知するのが特徴的である<sup>24)</sup>。この所見よりしばしば前立腺膿瘍と鑑別することが困難で<sup>27)</sup>、われわれの症例2も術前には前立腺膿瘍と鑑別が困難であった。レントゲン検査では、尿道膀胱造影で後部尿道の延長および走行異常ならびに膀胱の偏位、輪郭の変化が主要所見である。われわれの2症例ともに後部尿道の延長と膀胱頸部に圧迫による陰影欠損像が見られた。膀胱鏡で前立腺肉腫の膀胱内膨隆が見られることもある。一般に前立腺癌に見られる酸 P-ase の増加はなく、われわれの2症例でもいずれも正常範囲であった。

発育は非常に速やかで若年者ほど著しく、早期に局所的侵襲拡大が起こり、膀胱、尿道、精嚢腺、直腸に浸潤し、特に膀胱への浸潤が多く見られる。所属リンパ腺浸潤はきわめて高率で Lowsley によれば76%以上である。遠隔転移も早期に発生し、本邦症例中転移臓器の記載が明確なもの35例で、肺68.6%、肝40.0%、骨11.4%、肋膜25.7%に転移が見られた。また Smith and Torgenson<sup>28)</sup> によれば肺転移33.3%、肝転移23%、骨転移33.3%、肋膜転移11.7%と報

Table 3 転 移

転 移 部 位	Smith and Torgenson <sup>28)</sup>	本邦例 (35例)
肺	33.3%	68.6%
肝	23.0%	40.0%
骨	33.0%	11.4%
肋 膜	11.7%	25.7%

告している。本邦例は、外国例に比し肺転移が非常に高率に見られる。前立腺肉腫の骨転移の

像は、前立腺癌の osteoblastic な像と異なり、osteoclastic なレントゲン像である (Table 3)。

治療：多くの者は、前立腺肉腫の根治手術は患者の死期を早めると非難しており、Melicow<sup>29)</sup>は手術は排尿障害の軽快のためのみ用いるべきであるといっている。しかし、Smith は前立腺、精嚢腺の全摘除術と放射線療法によって2年6カ月生存した例を報告しており、早期に肉腫が前立腺被膜内に限局し、かつ転移のない時期に前立腺摘除術を施行すべきであると思われる。また放射線感受性が比較的高いので術後 Co<sup>60</sup> 照射の併用を行なうのが現在では最良の方法である。前立腺癌に効果のあるホルモン療法は肉腫の場合は無効である。

予後は不良で、Bettoni は発病から死亡までの期間を Table 4 のように10才以下

Table 4 発病より死亡までの期間

発 病 年 令	Bettoni	本邦例 (52例)
10才以下	3 カ月	4.6カ月
11~20才	5 カ月	5.8カ月
21~40才	5.3カ月	5.5カ月
41才以上	13カ月	7.5カ月

3カ月、10才代5カ月、20才および30才代5.3カ月、40才以上13カ月と報告している。Counseller & Bedard によれば平均9カ月、Reazen は11カ月半といずれも1年以内の数字を挙げている<sup>30)</sup>。本邦症例中生存期間の明らかなもの52例について見ると、10才以下は4.6カ月、11~20才は5.8カ月、21~40才は5.5カ月と Bettoni の報告とほぼ同じであるが41才以上では本邦例は7.5カ月と生存期間が外国例の約半分である (Table 4)。しかし、最近では放射線療法の進歩によって比較的長く生存した症例が報告されている<sup>24,25)</sup>。Smith は前立腺膀胱全摘と放射線療法のもと2年6カ月、Jerald は3年6カ月それぞれ生存した症例を報告している。本邦においても嶋田ら<sup>10)</sup>は57才の円形細胞肉腫に Co<sup>60</sup> 遠隔照射を計 3,000 r 照射し軽快退院し、1年半後も元気な症例を報告している。また嶋田ら<sup>31)</sup>の63才男子の紡錘細胞肉腫の例は、前立腺摘除を試みるも癒着、出血が強く前立腺

Table 5 組織学的分類による発生頻度

	Lowsley & Kimball (1934)	東・橋原 (1950)	大越 (1960)	著者 (1967)
円形細胞肉腫	40	9	9	10
紡錘形細胞肉腫	23	12	17	18
円形紡錘形細胞肉腫	2	2	5	5
多形細胞肉腫	4	5	5	5
粘液肉腫	10	0	0	0
横紋筋肉腫	9	1	4	11
平滑筋肉腫	13	1	5	11
筋肉腫	2	0	1	3
血管肉腫	5	1	1	
軟骨肉腫	2	0	0	0
リンパ肉腫	9	0	0	0
線維肉腫	8	0	3	4
黄色肉腫	0	1	1	1
細網肉腫	1	0	2	2
計	133	32	54	72
肉腫	7	5	5	6
総計	140	37	59	78

右葉のみしか摘除できずその後レ線深部照射、ナイトロミン投与、ラジウム照射等にて術後5年10カ月生存し、放射線によるレ線瘻孔癌（扁平上皮癌）で死亡した1例である。

前立腺肉腫は、その発生母地組織の相違によりいろいろの種類があり、それを分類する人により種々の分類法が発表されている。そのうち Stevens & Barringer (1940) の分類法は簡潔で一般的である。また、Melicow らの分類もよく用いられている。各種肉腫の症例数を表にすると Table 5 のようになり、一般に線維性組織に発生したものが多く、筋肉腫は比較的少ない。われわれが集めた1961年以後の19例では筋原性肉腫が15例（平滑筋肉腫6例、横紋筋肉腫7例、平滑筋か横紋筋肉腫か区別がつかなかったもの2例）とその割合が増加してきている。われわれの2例の症例でもホルマリン固定後の標本で横紋筋染色を試みるも横紋は発見できず、また典型的な平滑筋肉腫とも診断ができかねたので前立腺筋肉腫と診断した。

## 結 語

1. 58才および28才の前立腺筋肉腫の2症例

について報告した。

2. 前立腺肉腫の大越ら (1961) の報告以後の本邦文献17例にわれわれの2例を追加してその文献的考察を行なった。

稿を終るに当り、病理組織学的所見について御指導を賜った第1病理学教室土山秀夫助教授ならびに御校閲下さった泌尿器科学教室深町弘光助教授に深謝する。

## 文 献

- 1) 野中 博・小口文郎：臨床皮泌，**15**：561，1961.
- 2) 林威三雄・杉山吉蔵：日泌尿会誌，**54**：777，1963.
- 3) 道中信也・児玉彬・土肥雪彦：癌の臨床，**10**：436，1964.
- 4) 齊藤 稔：日泌尿会誌，**55**：509，1964.
- 5) 嶋田孝宏・松坂義孝：泌尿紀要，**10**：808，1964.
- 6) 高柳十四男：日泌尿会誌，**55**：510，1964.
- 7) 井川欣市・和田富幸・田宮高宏・安達徹：日泌尿会誌，**56**：356，1965.
- 8) 児玉直彦・和田富幸・安達徹：日泌尿会誌，**56**：232，1965.

- 9) 柏木崇：山口医学，**14**：78，1965.
- 10) 嶋田孝弘・三浦 高：臨床皮泌，**19**：255，1965.
- 11) 蔡 衍欽・三宅弘治・内山記世之：日泌尿会誌，**56**：340，1965.
- 12) 森田茂豊・池田 務・疋田政博・本間昭雄：日泌尿会誌，**57**：1142，1966.
- 13) 松村陽右・田中啓幹：日泌尿会誌，**58**：436，1967.
- 14) 大北健逸・松村陽右・高田元敬：日泌尿会誌，**58**：882，1967.
- 15) 松田源治・福田泰久：日泌尿会誌，**58**：762，1967.
- 16) 福田泰久・齊藤博・福原 公：日泌尿会誌，**58**：244，1967.
- 17) 松田源治・黒田清輝：日泌尿会誌，**58**：241，1967.
- 18) 藤村 伸：逋信医学，**15**：731，1963.
- 19) 大越正秋ほか：日泌尿会誌，**52**：663，1961.
- 20) 岩崎太郎：日泌尿会誌，**41**：62，1950.
- 21) 河田幸道：臨床皮泌，**18**：461，1964.
- 22) Scardins, P. L. & Prince, C. L.: J. Urol., **72**: 729, 1954.
- 23) Grier, E. A. & Phillips, F. L.: J. Urol., **69**: 695, 1953.
- 24) Graves, R. S. & Coleman, M. W.: J. Urol., **72**: 731, 1954.
- 25) Bell, R. & Stimson, R. F.: J. Urol., **73**: 716, 1955.
- 26) Longley, J.: J. Urol., **73**: 417, 1955.
- 27) Fitzpatrick, T. J. & Stump, G.: J. Urol., **83**: 80, 1960.
- 28) Siegel, J.: J. Urol., **89**: 78, 1963.
- 29) Torres, L. F. Estrada, J. Y. & Esguivel, E. L. Jr.: J. Urol., **96**: 380, 1966.
- 30) McPhail, J. L.: J. Urol., **87**: 617, 1962.

(1968年4月26日受付)

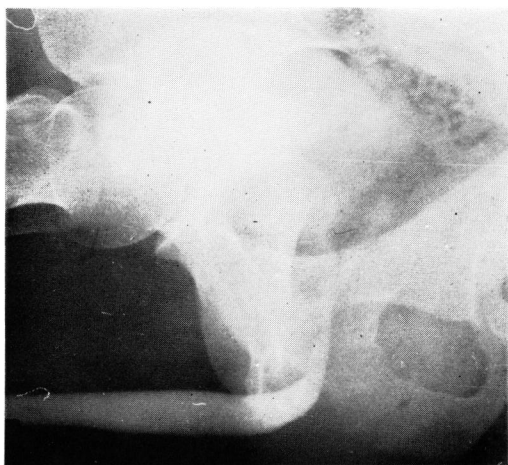


Fig. 1 症例 1. 尿道膀胱造影

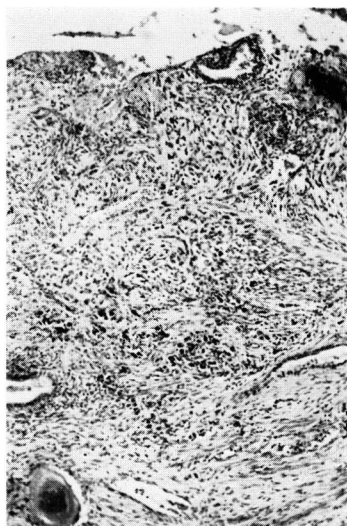


Fig. 2 症例 1. 前立腺組織 (弱拡大)



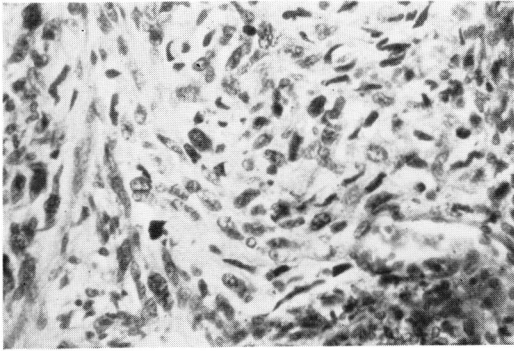


Fig. 3 症例 1. 前立腺組織（強拡大）

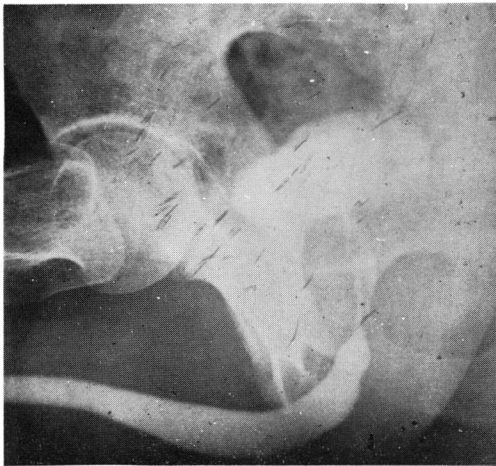


Fig. 4 症例 2. 尿道膀胱造影

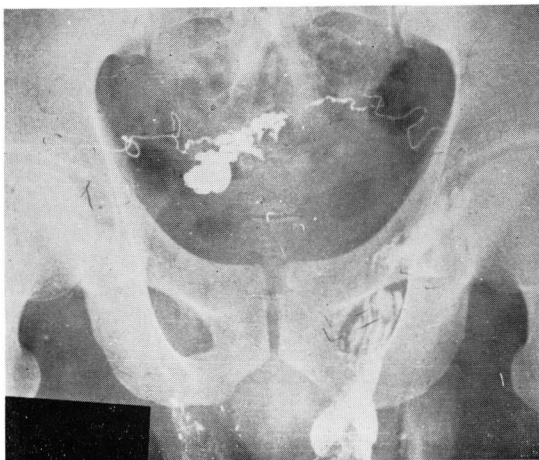


Fig. 5 症例 2. 精囊腺造影

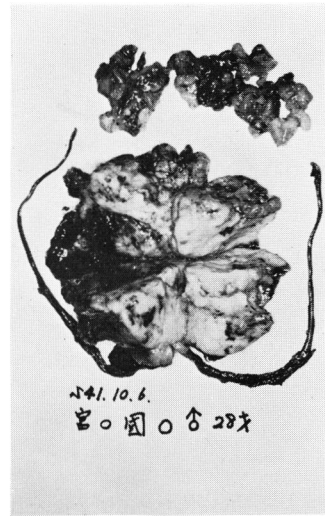


Fig. 6 症例 2. 摘出標本（剖面）

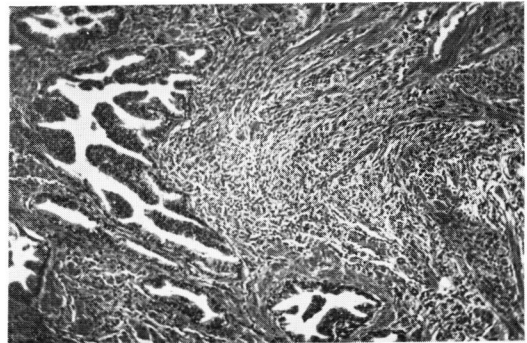


Fig. 7 症例 2. 前立腺組織（弱拡大）

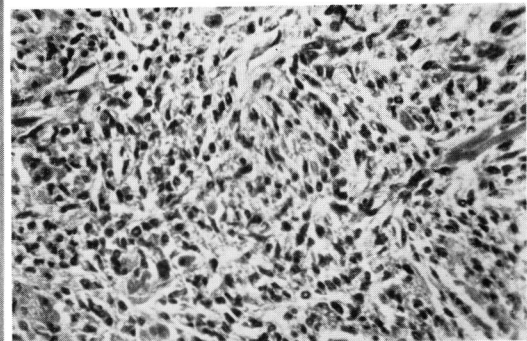


Fig. 8 症例 2. 前立腺組織（強拡大）